

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

385

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves LONGUET

Ancien Externe en premier des Hôpitaux

Interne des Asiles de la Seine

Né à Bourges le 8 Mars 1908

LES FORMES MONO-SYMPATOMATIQUES
DE LA MÉLANCOLIE INTERMITTENTE

Président : H. CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yves LONGUET

Ancien Externe en premier des Hôpitaux

Interne des Asiles de la Seine

Né à Bourges le 8 Mars 1908

**LES FORMES MONO-SYMPTOMATIQUES
DE LA MÉLANCOLIE INTERMITTENTE**

Président : H. CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER ...	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR - VALLERY - RADOT.....		VELTER	
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRAND'PARENTS

LE DOCTEUR MAURICE LONGUET

Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Bourges

ET

LE DOCTEUR CÉSAR HOMERY

Médecin en chef honoraire des Asiles d'Aliénés

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Professeur de clinique des maladies mentales
Membre de l'Académie de Médecine

Hommage de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse et en nous accueillant comme Interne dans son service.

En hommage de gratitude à tous ceux qui m'ont enseigné et m'ont toujours montré tant de bienveillance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages

M. LE PROFESSEUR SERGENT.

M. LE PROFESSEUR HARTMAN.

MM. LES DOCTEURS HALBRON, JEAN HALLÉ,
LEVANT.

Externat

1929. LE DOCTEUR AUVRAY

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien honoraire des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine

1930. LE DOCTEUR BAUDOUIN

Professeur à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine

1931. LE DOCTEUR LÉCHELLE

Médecin de l'Hôpital Laënnec

1932. LE DOCTEUR GUILLEMOT

Médecin honoraire des Hôpitaux

Externat en premier

1933. LE DOCTEUR PIERRE-PAUL LÉVY

Médecin de la Polyclinique Ney

AU DOCTEUR GIRODE

Chirurgien de la Maison municipale de Santé

AU DOCTEUR ANDRÉ THÉVENARD

Médecin assistant à l'Hôpital Laënnec

A MES MAÎTRES
DANS LES ASILES DE LA SEINE
ET A L'INFIRMERIE SPÉCIALE
PRÈS LA PRÉFECTURE DE POLICE

1933. LE DOCTEUR SENGÈS

Médecin-chef à l'Asile de Perray-Vaucluse

1935. LE DOCTEUR PORC'HER

Médecin-chef à l'Asile de Villejuif

1936. LE DOCTEUR LOGRE

Médecin-chef de l'Infirmérie Spéciale

LE DOCTEUR HEUYER

Médecin des Hôpitaux

Médecin-chef adjoint de l'Infirmérie Spéciale

LE DOCTEUR BROUSSEAU

Médecin-adjoint de l'Infirmérie Spéciale

1937. LE DOCTEUR MARCHAND

Médecin-chef à l'Asile Sainte-Anne

LE DOCTEUR CLAUDE

Professeur de Clinique psychiatrique à l'Asile Sainte-Anne

AU DOCTEUR RAOUL LEROY

Médecin-chef honoraire des Asiles de la Seine

AU DOCTEUR HENRI EY

Médecin-chef de l'Asile de Bonneval

Sur les conseils de notre maître le docteur G. HEUYER, nous avons tenté, dans ce travail, le reclassement de certains états épars, fragmentaires, souvent rangés d'une façon imprécise sous l'étiquette de psychasthénie, de neurasthénie, de nervosisme.

En les faisant entrer dans le cadre de la mélancolie intermittente, nous espérons montrer leur véritable nature, et, partant, permettre d'en préciser le diagnostic et le pronostic.

La plupart des observations que nous utilisons nous ont été communiquées par le docteur HEUYER, par notre maître le docteur B. J. LOGRE et par le docteur MONTASSUT.

Nous leur exprimons ici notre particulière gratitude pour les conseils précieux qu'ils ont bien voulu nous donner.

INTRODUCTION

C'est dans la psychose maniaque dépressive que la mélancolie revêt son aspect clinique le plus pur, soit qu'elle alterne ou s'associe à l'excitation maniaque, soit qu'elle existe seule et constitue alors la mélancolie intermittente.

Il n'est point dans les limites de notre étude et c'est d'ailleurs inutile, de revenir sur la description des formes majeures de cette mélancolie intermittente où, à côté de la dépression et de l'anxiété mélancolique, des délires d'auto-accusation, d'indignité, d'expiation, de damnation, de ruine, de deuil, de transformation ou de négation corporelles, etc., on trouve de multiples idées délirantes secondaires, délire de persécution post-mélancolique, délire hypocondriaque, etc...

Mais à côté de ces formes vigoureuses existent nombre d'états de faible intensité. La dépression mélancolique, se présente sous l'aspect d'un vaste ensemble symptomatique où, depuis la disposition affective fondamentale jusqu'aux troubles souvent les plus minimes de l'intelligence et de la conduite,

de multiples signes ont été décrits qui peuvent en faire soupçonner l'existence.

Certains de ces états sont purs et on y retrouve groupés tous les symptômes qui sont seulement plus ou moins estompés. Ce sont les formes légères qui sont décrites classiquement sous le nom de formes simples non délirantes, de la mélancolie.

D'autres de ces états sont fragmentaires ou larvés. Leur existence a été signalée depuis longtemps par des auteurs comme Gilbert BALLET, SOUKHANOFF, DENY et CHARPENTIER, KRAEPELIN.

Plus récemment leurs caractères ont été étudiés et précisés par LOGRE qui, en 1925, a insisté sur l'insomnie et l'impuissance périodiques, et par MONTASSUT en 1936, qui ajoute à ces deux formes les algies et les cœnestopathies intermittentes. Ces aspects mineurs de la mélancolie récidivante se révèlent souvent par un symptôme dominant, masquant parfois à tel point les autres signes qu'il peut sembler parfaitement isolé.

C'est par un examen prolongé, attentif, où l'étude approfondie des antécédents du malade prend toute sa valeur, qu'on arrive à mettre en lumière les autres signes de dépression morbide. Ces états ne sont ainsi qu'en apparence monosymptomatiques.

C'est ainsi qu'il est classique d'admettre que certaines impulsions perverses peuvent se déclencher périodiquement en des paroxysmes qu'un examen clinique minutieux permet de rattacher aux oscillations d'une psychose intermittente.

DUPRÉ et LOGRE ont signalé des cas où la dépression larvée s'était manifestée par des impulsions kleptomaniaques.

De même les insomnies intermittentes et isolées, certains accès dipsomaniaques sur lesquels insiste Gilbert BALLET, certains paroxysmes toxicomaniaques les plus divers, signalés par LOGRE au Congrès de Besançon, reconnaissent à l'origine une dépression psychique atténuée et déguisée.

On peut dire que la dépression psychique, comme d'ailleurs l'excitation, bien que cela soit moins fréquent, favorise le déchaînement des phobies et des impulsions les plus variées. Il découle de ceci une notion pratique capitale ; la phobie ou l'impulsion envisagée, au lieu de comporter l'évolution habituelle continue avec paroxysmes de l'obsession ou de la phobie classique, partage le pronostic des accidents le plus souvent discontinus et intermittents de la psychose périodique.

Cette même conséquence s'applique aux manifestations isolées dont nous rapportons plus loin les observations.

En partant de l'étude clinique de ces cas, nous nous proposons de montrer comment ces accidents isolés peuvent être rattachés à la dépression mélancolique intermittente dont ils constituent en quelque sorte des formes monosymptomatiques.

Nous verrons, dans un chapitre ultérieur, que la classification nosologique de ces états se base sur trois ordres de faits.

— La notion de périodicité.

— Les antécédents d'une crise antérieure, soit identique, soit à forme d'accès mélancolique dont les symptômes ont été au complet.

— L'existence d'une hérédité similaire sous la forme, soit de crise mélancolique à forme complète, soit d'antécédents de suicide au cours d'une crise de mélancolie chez l'un des ascendants.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous étudierons quatre aspects principaux de ces états mélancoliques périodiques.

FORME INSOMNIAQUE

L'insomnie, symptôme constamment décrit de l'état mélancolique, mais souvent négligé au point de vue clinique, peut constituer l'élément unique de l'accès et de prime abord, paraître essentielle.

Cette insomnie est rarement totale, le malade s'assoupit pendant un temps variable, se réveille, se rendort au matin pour se réveiller un peu plus tard avec un sentiment d'anxiété plus ou moins net.

Elle préoccupe le malade au premier chef. La dépression concomittante n'est perçue parfois que d'une manière confuse et la fatigue qu'il éprouve est tout naturellement rapportée aux longues veilles subies.

C'est par un interrogatoire serré qu'on relève, à côté d'un certain degré d'épuisement d'ailleurs légitime, des réactions nettement mélancoliques, comme l'ennui, l'indifférence douloureuse, le pessimisme, l'anxiété discrète sur laquelle nous nous étendrons un peu plus :

Cette dernière, en effet, reste minime pendant

l'insomnie, elle accompagne le plus souvent le réveil matinal, et il n'y a pas, en particulier, de notable surexcitation motrice ni d'excitation intellectuelle ; le mentisme bien spécial aux insomnies psychasthéniques n'est pas retrouvé ici.

Ces quelques caractères sont à peu près constants. Ils ne sont pas spécifiques, mais peuvent néanmoins, aider au diagnostic, et opposer l'insomnie périodique aux troubles épisodiques du sommeil observés dans la dépression constitutionnelle et dans les épuisements émotionnels.

B. J. LOGRE a publié deux observations d'insomnie isolée qu'il rattache à la dépression intermittente.

Elles concernent dans les deux cas des femmes d'une quarantaine d'années :

OBSERVATION I. — « Il s'agit d'une malade
« ayant été soignée vers l'âge de 18 ans pour une
« « neurasthénie » qui s'était accompagnée de sup-
« pression des règles et d'une insomnie persistante :
« celle-ci, nous dit la malade, l'avait fatiguée au
« point de la rendre inerte, incapable d'occupation,
« désespérée, dégoûtée de la vie, à tel point qu'elle a
« tenté de se suicider par absorption de laudanum.
« L'insomnie et le désespoir avaient cessé au bout de
« 9 à 10 mois.

« Mais depuis lors, la malade a traversé deux
« autres périodes d'insomnie, d'une durée à peu près
« égale, mais sans diminution notable de l'activité
« ni désespoir ; elle éprouvait seulement un peu de

« tristesse qu'il lui paraissait naturel d'expliquer
« par la fatigue et l'énervement d'insomnies répétées.
« La menstruation, pendant ces périodes, était moins
« régulière et retardante. Nous avons examiné cette
« malade lors d'une quatrième crise d'insomnie ayant
« coïncidé avec la suppression définitive des règles.
« L'insomnie s'accompagnait d'un certain degré de
« tristesse et de pessimisme, il existait même le ma-
« tin une légère anxiété diffuse avec crainte d'un
« malheur inconnu, contraction à la gorge et à l'es-
« tomac. Le reflexe oculocardiaque était exagéré.
« Puis l'insomnie a cessé rapidement et la tris-
« tesse a fait place à une reprise de la bonne humeur
« habituelle, cette personne ayant toujours été
« d'après ses dires, d'un caractère très gai, très
« bouite en train » ».

La deuxième observation est un peu moins typique et la malade n'a jamais eu de crise dépressive intense.

OBSERVATION II. — « Depuis plusieurs années,
« la malade souffre d'insomnies intermittentes, d'ap-
« parition et de cessation rapide et d'une durée de
« plusieurs mois. Aucun médicament, sauf peut-être
« le dial, n'améliore cette insomnie rebelle. L'état
« d'esprit, pendant cette phase, est non pas celui
« d'une asthénique fatiguée par l'insomnie, mais celui
« d'une déprimée, triste, sombre, pessimiste, ne
« trouvant plus qu'assez peu d'intérêt à ses occupa-

« tions et distractions ordinaires, auxquelles elle
« continue de se livrer régulièrement.

« Cette malade, très observatrice a été frappée
« de la périodicité de ses insomnies et admet volon-
« tiers que son pessimisme pendant les phases dé-
« pressives, est autre chose qu'une simple consé-
« quence de l'insomnie. »

Voici maintenant deux observations dont la se-
conde révèle une hérédité similaire dont l'existence
a permis le diagnostic :

OBSERVATION III. — « M^{me} M..., âgée de 68 ans
« a été examinée, la première fois par le docteur
« HEUYER le 14 décembre 1923.

« Depuis le mois d'octobre, elle ne dort pas ; cette
« insomnie se serait installée à la suite d'un choc
« émotif et ne s'accompagne d'aucun autre signe,
« sauf de quelques préoccupations hypocondriaques
« portant surtout sur le tube digestif car M^{me} M...
« est constipée. L'insomnie, qui a commencé au mois
« de novembre, a duré jusqu'au mois d'avril et s'est
« alors progressivement améliorée. Revue dans la
« suite M^{me} M... avait repris un sommeil régulier et
« suffisant.

« Déjà auparavant elle avait présenté deux crises
« de dépression mélancolique, celles-ci tout à fait
« classiques avec tristesse, anxiété, préoccupations
« hypocondriaques à formes gastrique et intesti-
« nale. Dans ces crises précédentes, le sommeil avait
« été diminué.

« Cette malade a été examinée de nouveau en 1930.
« Elle ne présentait alors aucun signe anormal. Agée
« de 75 ans elle était tout à fait lucide et avait gardé
« depuis sa dernière crise un sommeil normal.

OBSERVATION IV. — « M. R..., âgé de 46 ans a
« été examiné par le docteur HEUYER et pour la pre-
« mière fois le 31 décembre 1936. Il traverse depuis
« 6 mois une période d'insomnie.

« Cet état s'accompagne d'un peu d'anxiété, il
« est allé habiter la campagne sans amélioration.
« Préoccupé par son état, il a présenté à plusieurs
« reprises des idées de suicide.

« Ce malade, parfaitement sobre, a toujours
« mené une vie régulière, l'examen ne montre aucun
« signe neurologique sauf un nystagmus congénital.
« Il n'y a aucun trouble viscéral, la tension artérielle
« est de 13-9.

« Le père est mort à 53 ans. Il avait eu plusieurs
« crises de mélancolie et il s'est suicidé au cours de
« l'une d'elles. Revu au mois de mars 1937, le malade
« était devenu tout à fait normal, il n'existait chez
« lui aucun symptôme de dépression, l'insomnie avait
« totalement disparu :

« Une lettre écrite par lui le 15 avril pour nous
« remercier et nous confirmer sa guérison laisse de-
« viner par son style enthousiaste et les termes em-
« ployés l'existence actuelle d'un léger état d'exci-
« tation hypomaniaque. »

FORME A TYPE D'IMPUISSANCE

L'impuissance est un symptôme habituel de la dépression et ce symptôme peut prédominer au point d'égarer le diagnostic et le traitement.

Le plus souvent le tableau est celui d'une impuissance organique atteignant la sexualité et dans son désir et dans sa réalisation.

Mais on ne fait pas dans ces cas les constatations cliniques habituelles. L'examen du système nerveux et de l'appareil génito-urinaire montre l'intégrité de ceux-ci.

De même on ne relève pas chez ces malades de troubles des glandes endocrines ou de la nutrition générale.

Il s'agit donc bien d'une impuissance psychique.

Certains caractères bien que n'étant pas la règle, lui sont particuliers :

Les manifestations émotionnelles sont relativement pauvres. Comme le dit MONTASSUT : « Passivement le malade prend acte de ses échecs, de sa curiosité éteinte, de son indifférence aux objets qui le charmaient. »

A l'inverse de ce qui s'observe couramment chez l'émotif et le psychasthénique, il n'y a point chez ces sujets de rumination obsédante, d'agitation anxieuse, ils ne s'épuisent pas en tentatives dont la vanité ne fait qu'exacerber le désespoir des autres malades. Les manifestations subanxieuses qu'on observe ne sont pas dues à l'importance dominante des préoccupations sexuelles. Au contraire, leur thème est

rarement hypocondriaque, mais relève bien de l'état mélancolique fruste sous-jacent, qui parfois très discret, se caractérise par des idées d'indignité et de culpabilité.

C'est également sur le compte de l'état mélancolique et de l'anesthésie affective qu'il détermine, que nous pensons devoir mettre la pauvreté des réactions afflictives.

D'autres éléments de diagnostic sont particulièrement importants et sont d'ordre évolutif.

Le début et la fin de l'impuissance sont souvent brusques et sont toujours imprévisibles. On ne trouve pas de cause occasionnelle déclanchante et rien dans ces cas ne rappelle les classiques défaillances épididymiques ou saisonnières.

OBSERVATION V. — (D^r HEUYER). « M. L...
« âgé de 27 ans est venu consulter le 28 février 1936,
« parce que depuis 14 mois il n'a plus d'érections. Il
« avait eu jusqu'alors des rapports normaux, mais
« en novembre 1935 brusquement, sans raison apparente, il est devenu impuissant.

« Un peu timide et réservé, il est fils unique et vit
« avec ses parents. Il a eu dans sa jeunesse quelques
« habitudes de masturbation. Avant d'être malade
« il avait des rapports sexuels relativement fréquents.

« Depuis le début de sa période d'impuissance
« il dort moins bien, il est un peu plus émotif qu'
« naguère. Le pouls est à 120, la tension artérielle

« est un peu basse, 11-7, l'examen montre quelques
« signes d'alcoolisme chronique, visage un peu rouge,
« tremblement digital et lingual.

« M. L... déclare que depuis le début de sa crise
« de dépression, il boit un peu de vin dans l'espoir
« de trouver une augmentation de son tonus général.

« Il n'existe aucun signe neurologique ou viscéral.
« Les urines sont normales, ne contiennent ni al-
« bumine ni sucre.

« Il y a cinq ans ce malade avait eu une période
« de dépression avec impuissance, mais plus brève
« ayant duré un mois environ.

« Aucun traitement endocrinien n'a été institué,
« ni suivi, une thérapeutique sédative banale a été
« prescrite. Revu en octobre 1936, M. L... était com-
« plètement guéri de sa crise d'impuissance. »

B. J. LOGRE a publié une observation analogue en 1925.

OBSERVATION VI. — « Un de nos malades, ac-
« tuellement âgé de 33 ans a présenté en 1921 une
« crise d'impuissance que nous avons attribuée à
« un état foncier de dépression intermittente. Ce
« malade avait déjà subi vers la puberté une crise de
« dépression nette étiquetée « neurasthénie » et pen-
« dant laquelle il n'avait pas eu l'occasion de re-
« marquer son impuissance. Mais lorsqu'il vint nous
« consulter, le malade, récemment marié, se désolait
« de son impuissance qu'il jugeait définitive et il at-

« tribuait à cette préoccupation obsédante un certain
« dégoût de la vie et une diminution notable de son
« activité professionnelle. Notre pronostic rassurant
« ne parvint pas à le consoler. Il se fit faire, en raison
« d'une gonococcie ancienne de l'électrolyse urétrale,
« puis de l'électricité galvanique sur le périnée. Au
« bout de quelques mois il revint nous trouver, guéri
« et professant pour les mérites de l'électrothérapie
« un enthousiasme sans borne qui nous confirme une
« fois de plus dans le diagnostic de psychose inter-
« mittente.

« Vu un peu plus tard en 1923, nouvelle phase
« d'impuissance avec dépression légère, retour à
« l'électrothérapie sans aucun résultat. Voyage à
« La Bourboule d'où le malade, assez rapidement
« guéri sans autre traitement que le repos et la cure
« d'air, revint faire amende honorable.

« Les deux crises d'impuissance avaient duré
« chacune environ six mois. »

FORME CŒNESTHÉSIQUE OU ALGIQUE

Les algies et les cœnesthopathies survenant par accès isolés peuvent être rattachées à la mélancolie intermittente sous réserve de satisfaire à la condition minima d'une périodicité cyclothymique. Ces manifestations sont extrêmement variées et parmi les principales algies nous rangerons :

— Les douleurs articulaires, soit au niveau des membres, soit plus fréquemment au niveau des arti-

culations vertébrales, cervicales, lombo-sacrées, sacro-coccygiennes.

— Les manifestations névritiques dont l'évolution est rythmée par celle d'un état dépressif concomitant : Leur siège est des plus variable, tantôt elles occupent le territoire du plexus brachial, tantôt celui du nerf sciatique, celui du trijumeau. Du reste la topographie est souvent imprécise comme la douleur qui souvent s'atténue pour donner une impression d'excitabilité douloureuse diffuse.

Signalons la fréquence des paresthésies interscapulaires, dentaires, ces dernières ayant pu conduire les malades à réclamer une avulsion non justifiée.

Dans les cœnesthopathies périodiques, la sobriété des troubles sensoriels en regard des perturbations de la sensibilité générale est également manifeste.

Les sensations sont ici généralement affaiblies, émoussées et s'opposent ainsi aux hypersthésies sensorielles si fréquentes dans la psychasthénie et dans les états post-émotionnels.

Les cœnesthopathies que nous rattachons à la dépression mélancolique périodique ont une intensité et une richesse moindre.

Il s'agit de perceptions étranges plus pénibles que douloureuses : si leur siège initial reste le plus souvent fixe (localisation céphalique, pariéto-occipitale, par exemple) leur intensité peut être extrêmement variable.

L'installation en est rapide, souvent brutale, sorte

de « déclanchement » comme l'expliquent les malades.

De même, la disparition des accidents se fait soit brusquement, soit moins vite en quelques jours.

L'observation suivante que nous devons au docteur HEUYER est un exemple de forme algique pour le traitement de laquelle de nombreux moyens thérapeutiques avaient été mis en œuvre sans résultat, la guérison n'est survenue qu'avec la fin de la crise. Notons le rôle déclanchant d'une émotion douloureuse qui semble bien pour la malade être à l'origine de cet accès.

OBSERVATION VII. — « M^{lle} K..., âgée de 31 ans, a été examinée pour la première fois par nous le 28 septembre 1935. »

« A la suite de la mort de son père elle a présenté des douleurs vives du bras gauche, elle était en même temps déprimée et triste, cette dépression a été mise au compte des douleurs très vives qu'éprouvait la malade et qui ont été étiquetées « douleurs de névrite ». Un traitement par l'électricité et les rayons X a été institué. La névrite a persisté et s'est étendue avec apparition de « points de côté » dans le dos. Un médecin a fait un traitement par injections de novocaïne dans le derme. M^{lle} K... a pris des cachets de gardenal, d'opium et d'atophan. Devant l'échec de ces médications on lui a fait des injections de soufre sans plus de succès. Une insomnie partielle s'est installée. Quel-

« ques préoccupations hypocondriaques sont appa-
« rues, très vagues, en même temps la malade avait
« quelques tendances « à se faire des reproches », on
« a noté un petit état obsessif.

« Puis M^{lle} K... est partie pour l'Italie avec sa
« sœur et sa mère. Près de Naples à Agano, elle a
« été guérie presque subitement de ses douleurs. A
« son retour en France, elle a présenté une légère
« phase d'excitation, elle s'est mise à peindre et à
« chanter.

« Cette malade avait présenté trois ans aupa-
« ravant une crise de dépression à caractère nette-
« ment mélancolique, avec tristesse, idées de cul-
« pabilité, insomnie, anxiété, préoccupations hy-
« pocondriaques et quelques coenesthopathies cépha-
« liques.

« Par contre la dernière crise, dont nous avons
« rapporté l'histoire, s'est traduite presque unique-
« ment par une longue période de troubles coenes-
« thésiques et d'algies diverses qui ont été mis sur
« le compte d'un état organique inexistant. »

Nous avons observé une malade chez qui la péri-
odicité des crises était particulièrement nette.

OBSERVATION VIII. — « M^{lle} H..., âgée de 52
« ans, a présenté depuis deux mois un état coenes-
« thopathique à localisation céphalique, elle se plaint
« de déclanchements dans la tête, son cerveau lui
« semble comprimé, elle accuse quelques douleurs

« dans les épaules et les bras. En même temps elle a
« l'impression de percevoir de façon très consciente
« chacun de ses mouvements respiratoires, cette
« perception détermine chez elle un état d'obses-
« sion d'intensité inégale. Elle a par instant l'idée
« que ces mouvements vont s'arrêter et qu'elle va
« mourir.

« On relève chez elle une tendance dépressive lé-
« gère, ses réponses sont lentes, elle décrit ses ma-
« laises sans détails, elle nous dit être fatiguée, avoir
« le sentiment de ne pouvoir travailler comme avant,
« que sa broderie n'avance pas. En réalité, son acti-
« vité n'est nullement ralentie.

« L'examen somatique est entièrement négatif,
« on note cependant un léger tremblement digital
« et lingual, la tension artérielle est de 15-9. Les
« réactions sérologiques sont négatives dans le sang.

« Mlle H... n'a jamais été sérieusement malade.
« Bien réglée de 13 à 41 ans, elle était un peu nerveuse
« étant enfant. Elle a eu sa première crise dépressive
« à l'âge de 18 ans. Les troubles étaient absolument
« identiques à ceux qu'elle présente actuellement.
« Au bout de trois mois la guérison est survenue en
« quelques jours sans qu'aucun traitement ait été
« institué.

« A 28 et à 36 ans, nouveaux accès ayant duré
« chacun 1 an. La malade a eu ainsi 6 accès identiques
« jusqu'à l'âge de 50 ans, chaque accès durant un an
« en moyenne.

« Elle a eu plusieurs reprises des idées de suicide

« et a fait une tentative (pendaison) qui a amené
« un internement sur lequel nous n'avons pu avoir de
« renseignements. La malade nous a signalé d'elle-
« même, qu'au cour d'un de ces accès, elle a perdu
« un oncle, et elle insiste sur l'indifférence affective
« qu'elle a présentée à ce moment. «Ce n'est qu'après
« ma guérison que j'ai réalisé tout mon chagrin ».
« Dans l'intervalle de ses crises, la malade est par-
« faitement normale, d'un caractère plutôt gai nous
« dit-elle, elle n'est nullement préoccupée par son
« dernier accès.

« A l'élément diagnostic fourni par la périodicité
« particulièrement nette de l'état cœnesthopathique
« s'ajoute l'argument héréditaire.

« Le père, mort d'une crise cardiaque en 1922, était
« un industriel inventeur, a présenté plusieurs crises
« d'excitation.

« La mère, au contraire était périodiquement dé-
« primée, nous dit la malade. »

La dernière observation nous a été communiquée
par le docteur MONTASSUT. Elle concerne une malade
qui a présenté successivement des accès dépressifs
purs, puis une cœnesthopathie périodique.

OBSERVATION IX. « M^{me} C..., âgée de 62 ans,
« a fait à 20 et 32 ans deux accès dépressifs simples,
« purs, ayant duré chacun quelques mois.

« A 45 et à 52 ans elle a présenté deux états cœ-
« nesthopathiques prévalents au maxillaire supé-

« rieur et à la région péri-orbitaire droite. Elle ac-
« cusait une sensation d'engourdissement diffus avec
« sensation de cartonnage des joues, d'élongation des
« dents avec besoin incessant de mâchonnement.
« En même temps on relevait chez elle une note dé-
« pressive discrète, caractérisée par un certain degré
« de lenteur, d'inactivité, et surtout par sa tonalité
« mélancolique avec sentiments d'incurabilité, de
« culpabilité, avec rumination anxieuse greffée sur
« des préoccupations hypocondriaques et idées de
« suicide. Ces deux accès ont évolué respectivement
« pendant 4 mois et 6 mois, ils se sont terminés assez
« rapidement comme ils avaient commencé. La cœ-
« nestopathie et la tonalité affective ont disparu tout
« à fait à la fin de l'accès, mais la dissolution des algies
« n'est survenue qu'après la disparition de l'anxiété
« et la reprise de l'état physique et de l'activité gé-
« nérale.

« A l'âge de 58 ans, M^{me} C... a présenté pendant
« 3 mois une algie cervico-brachiale à topographie
« moins diffuse présentant tous les caractères d'une
« cœnesthopathie. Elle a été considérée comme un
« accès fruste, monosymptomatique d'une psychose
« périodique, d'une part en raison des accès anté-
« rieurs qu'avait présentés cette malade, d'autre part
« en raison des petits éléments retrouvés par un in-
« terrogatoire poussé : légère anesthésie des senti-
« ments, baisse de l'activité, insomnie. Signalons
« que cette malade a présenté de 1930 à 1934 plu-
« sieurs crises d'hypertension paroxystiques, dont

« l'une a déterminé une hémorragie rétinienne, mais
« il n'y a pas eu de nouvel épisode mélancolique. »

FORME ASTHÉNIQUE.

Chez une autre catégorie de malades, l'accès mélancolique peut se révéler uniquement par l'apparition d'une asthénie isolée. Les états d'asthénie périodique ont été souvent signalés et bien décrits, en particulier par TASTEVIN et plus tard ses élèves BENON et COUCHOUD. Ces auteurs font de l'asthénie l'élément essentiel de l'accès mélancolique, et, dans les psychoses périodiques font une large place aux formes asthéo-maniaques. L'affectivité mélancolique est considérée par eux comme un phénomène secondaire qui vient compléter la symptomatologie.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que parmi les cas d'asthénie, il en est un certain nombre qui peuvent être assimilés à un accès mélancolique, soit que l'interrogatoire serré puisse révéler une tonalité affective sous-jacente très discrète, soit, plus souvent que seule l'anamnèse ou l'étude des antécédents héréditaires ait permis cette assimilation.

Cliniquement, ces malades présentent les caractères classiques fondamentaux, décrits par TASTEVIN notamment. On constate chez eux, l'asthénie musculaire et l'asthénie psychique, diversement associées. Notons, là encore, ce fait important, qu'on ne retrouve pas de cause déclanchante, pas de surmenage physique ou intellectuel, pas d'atteinte organique.

Les observations suivantes nous ont été communiquées par le docteur HEUYER :

OBSERVATION X. — « M. N..., âgé de 29 ans, « est venu consulter la première fois pour un état « de fatigue et d'asthénie. Il n'a pas eu de maladies « infantiles, s'est bien porté pendant la guerre. Il a « eu la grippe en 1918, et, en 1919, une poussée de « sinusite suivie d'une période de fatigue anormale. « Il a été soigné par un médecin de médecine générale, puis par un psychiatre. On lui a fait une réaction Bordet-Wassermann dans le sang qui a été « négative. On n'a trouvé aucun symptôme organique. Il a été traité par l'adrénaline et a guéri au « bout de 4 à 5 mois. Depuis quelques semaines il « est repris par cette fatigue anormale, une asthénie « qui le rend absolument incapable de travailler « plus de deux à trois heures. De même tout effort « physique lui devient impossible, il ne peut plus « pratiquer son sport préféré : le tennis.

« Il n'est pas déprimé, pas triste, mais éprouve « un certain sentiment de diminution. Il est artiste-peintre et se demande s'il pourra continuer son « travail. Il n'a pas de sentiment de dégoût, de la vie « n'a jamais eu d'idées de suicide. Son état général « est bon. L'examen du système nerveux et des « autres appareils ne révèle aucun symptôme anormal. Il n'a pas de fièvre, la tension artérielle est un « peu basse 10-7. Nous l'avons prévenu que cet état

« de fatigue durerait vraisemblablement quelques
« mois. Nous l'avons revu le 12 mars 1927. Malgré
« un séjour dans le midi l'asthénie a persisté, il garde
« la même fatigabilité physique. Toutefois il a l'im-
« pression depuis une semaine que son état s'améliore.
« L'examen somatique est toujours négatif, la tension
« artérielle est un peu plus haute 12 1/2-8. Revu
« trois semaines après, il était complètement guéri. »
« Depuis 1927, M. N..., que nous avons revu de
« temps à autre a travaillé très activement et son
« œuvre artistique est déjà remarquable.

« Mais il y a trois ans, son père s'est suicidé au
« cours d'un accès de mélancolie typique comme il
« en avait présenté auparavant plusieurs. »

Dans cette observation l'hérédité similaire des
accidents s'est nettement manifestée.

OBSERVATION XI. — « Un malade âgé de 22 ans
« vient nous consulter pour une première crise de
« dépression avec idées obsédantes, préoccupations
« hypocondriaques portant surtout sur le tube di-
« gestif et quelques troubles du sommeil. La crise
« de dépression a duré environ 10 mois et a complète-
« ment disparu.

« Ce malade a été revu le 6 février 1925, en bon
« état au point de vue psychique, il venait seulement
« consulter pour une douleur appendiculaire qui a
« d'ailleurs nécessité une intervention chirurgicale.
« Le 20 avril 1928, il est revenu consulter pour un

« état de fatigue physique avec sentiment d'incapa-
« cité de travail et crainte de ne pouvoir continuer
« son métier de dessinateur pour l'impression. Il
« n'a pas cette fois d'obsessions, mais seulement une
« sensation de faiblesse physique, de lassitude. Cet
« état d'asthénie physique domine toute la situation.
« Pourtant on relève également un peu d'insomnie
« et quelques vagues troubles cœnesthésiques : sen-
« sation de vide dans la tête.

« Cet état a duré du mois d'avril au mois de sep-
« tembre 1928 ; il a cessé alors complètement et le
« malade a retrouvé toute son activité normale.

« En novembre 1931 nouvel accès de dépression
« caractérisé cette fois encore uniquement par de
« l'asthénie. »

Dans cette observation la périodicité des accès
de dépression est tout à fait nette : la première fois
il s'est agi d'un état mélancolique très complet,
les deux crises suivantes se sont manifestées seule-
ment par une asthénie très intense qui fut à peu près
le seul symptôme.

OBSERVATION XII. — « M. H..., âgé de 18 ans,
« étudiant en Sorbonne, avait présenté jusqu'alors
« une santé parfaite ; il a fait de bonnes études se-
« condaire.

« En décembre 1936, il vient nous consulter pour
« un état de fatigue profonde, d'asthénie dont le
« début remontait au mois de juillet. On avait tout

« d'abord pensé à une tuberculose et il a subi toute
« une série d'examens qui sont restés entièrement
« négatifs. Puis il a été orienté sur un service de neuro-
« chirurgie où les examens on fait abandonner le dia-
« gnostic de tumeur cérébrale qui avait été envisagé.

« Actuellement il ne peut fournir aucun travail
« bien qu'il se dise très intéressé par ses études.

« Il présente un très bon état physique, n'a aucun
« signe neurologique, il est seulement un peu émotif.
« Sa tension artérielle est à 12 1/2-8.

« Son père s'est suicidé à l'âge de 50 ans au cours
« d'une crise de mélancolie tout à fait caractérisée.
« Le grand-père avait été un mélancolique inter-
« mittent, considéré comme « neurasthénique » par
« son entourage, son activité aurait été très discon-
« tinue, il mourut âgé de 80 ans.

« Un fait est digne d'être noté dans cette obser-
« vation où l'hérédité similaire est particulièrement
« nette, le malade ignore totalement que son père
« s'est suicidé. Nous avons eu cet aveu de la part de
« la mère qui a identifié elle-même l'état de fatigue
« que présente son fils avec les crises de dépression
« mélancolique présentées par le père, et que cette
« constatation alarme beaucoup.

« Cependant, son fils ne présente pas actuelle-
« ment d'idée de suicide. Tout le syndrome se réduit
« à la fatigue à l'asthénie avec incapacité réelle de
« travailler.

« Revu au mois de mars, le malade était très
« amélioré et se considérait lui-même comme guéri.

OBSERVATION XIII. — « M. G..., âgé de 27 ans,
« est venu nous consulter le 11 mars 1937. Depuis
« 4 mois il présente un état de fatigue, de « lassitude
« générale », cette dépression toute physique ne s'ac-
« compagne pas de tristesse, mais seulement d'une
« sensation de gêne épigastrique. Il y a six ans, sé-
« journant alors au Maroc, il avait déjà subi une pé-
« riode de dépression caractérisée uniquement par de
« la fatigue, sans anxiété, sans idées de suicide, et qui
« a duré environ 4 mois.

« Il ne présente aucun signe neurologique, sauf
« un peu de tremblement digital et lingual, témoins
« d'une intoxication éthylique discrète et récente.
« Comme au cours de la crise précédente, il a re-
« marqué une légère diminution de son activité
« sexuelle.

« Dans les antécédents familiaux, on note que sa
« mère, âgée de 55 ans a eu plusieurs périodes de dé-
« pression de caractère nettement mélancolique
« avec tristesse, anxiété, insomnie, idées de suicide.

« Dans ce cas l'hérédité similaire s'est manifestée
« sous forme d'asthénie périodique. »

OBSERVATION XIV. — « M. G. M..., âgé de 30
« ans nous est adressé le 22 mai 1936, pour un état
« de dépression physique.

« Ce malade a déjà présenté trois crises analogues.
« Il est fatigué, incapable de travailler. C'est un
« homme intelligent qui a fait des études secondaires

« et qui s'inquiète de cette asthénie qui le rend infé-
« rérieur à sa tâche.

« Il a quelques troubles du sommeil, un peu d'an-
« xiété, il n'a pas d'idées de suicide.

« L'état général est bon, la tension artérielle est
« de 14-9.

« Revu le 26 juin, il va mieux, il est encore as-
« thénique mais avec des oscillations, il dort mieux
« mais s'inquiète encore de ce qu'après les rapports
« sexuels sa fatigue soit beaucoup plus grande
« qu'avant le début de son accès de dépression. La
« tension artérielle est remontée à 15 1/2-9.

« Ce malade est depuis le mois de juillet 1936,
« tout à fait guéri, il a recouvré une activité tout à
« fait normale, l'asthénie a complètement disparu.

« Le père de ce malade est un mélancolique in-
« termittant qui a fait plusieurs crises de dépression
« tout à fait typiques et complètes. »

DIAGNOSTIC

Dans ce chapitre nous étudierons quels sont les caractères permettant l'assimilation des manifestations isolées que nous venons de décrire, à des formes frustes de mélancolie intermittente et pour ce faire nous nous baserons sur trois ordres d'arguments :

1^o *Les caractéristiques de l'accès lui-même.*

Nous les avons citées chemin faisant, aussi ne nous étendrons-nous pas sur eux.

Rappelons seulement :

— Son mode d'évolution avec : un début rapide sans qu'aucune cause déclanchante puisse le plus souvent être raisonnablement invoquée ;

Une fin également brusque et également imprévisible survenant au bout d'un temps à peu près équivalent à la durée du ou des accès précédents.

— La tonalité affective mélancolique retrouvée chez presque tous nos malades non pas sous l'aspect de la douleur morale telle qu'elle existe dans les formes complètes, classiques de la mélancolie, c'est-à-dire sous une forme majeure et agissante, mais sous

des aspects dégradés comme l'ennui, le spleen, le dégoût de soi et la misanthropie, l'absence d'élan vital, le sentiment d'inutilité de l'effort, une sorte de pessimisme catégorique.

— Enfin l'absence d'inventaire minutieux des troubles ; la description de ceux-ci par le malade reste simple.

2^o *L'étude des anamnestiques*, la notion de périodicité cyclothymique qui est un des éléments principaux du diagnostic, celle-ci peut rester peu nette et nous considérerons la cyclothymie dans un sens un peu restrictif « comme une prédisposition constitutionnelle se manifestant périodiquement par des perturbations énergétiques sans causes physiques et morales évidentes, causes dont on ne rejette pas l'existence, mais le rôle pathogène ou curateur. » (MONTASSUT).

L'existence dans les antécédents du malade, soit de crises analogues (Obs. II, V, VIII, X, XII, XIII), soit d'accès mélancoliques à symptomatologie complète dont la constatation est un gros élément de diagnostic. (Obs. I, III, VI, VII, IX, XI).

Nous n'avons pas, chez nos malades, retrouvé de phases d'excitation de type maniaque. Ceci s'explique par la bénignité habituelle de ces cas qui ne motivent pas en général l'internement. Des symptômes d'excitation peu prononcée, ont ainsi pu survenir dans l'intervalle des phases dépressives sans avoir été remarqués par le malade ou son entourage et à plus forte raison sans avoir occasionné d'examen médical. Parfois, comme c'est le cas dans les observations IV,

VII et XI, un certain état d'exubérance a pu être relevé et confirme l'existence chez le malade d'un état à double forme.

3^o Enfin l'argument qu'apporte *l'hérédité*. Si discuté que soit le rôle de l'hérédité similaire dans la genèse des psychoses, nous l'avons relevée si fréquemment que nous n'hésitons pas à la considérer comme un élément important du diagnostic. Cette hérédité est indéniable dans nombre de cas et nous l'avons retrouvée chez plusieurs des malades dont nous rapportons les observations. (Cas IV, VIII, X, XII, XIII, XIV).

Quant au *diagnostic différentiel*, il va sans dire qu'il se pose d'une façon très différente de celui de l'accès mélancolique franc.

Le problème consiste surtout à établir la différence avec certains états psychonévrosiques dont les manifestations sont parfois très voisines. La discussion nosologique en est donc bien délicate. Si l'on s'en réfère uniquement aux caractéristiques de l'accès lui-même, on retrouve des éléments communs et les remarques que nous avons pu faire dans le paragraphe précédent n'ont pas évidemment de valeur absolue. Nombre d'auteurs ont rangé sous des rubriques différentes des faits analogues. Ceci s'explique par l'absence de limites nettes entre les divers aspects cliniques, ou si l'on veut par l'existence de multiples formes intermédiaires où l'on

voit s'intriquer de façon complexe les symptômes d'affections dissemblables mais voisines.

C'est dire à nouveau l'importance des anamnestiques et de l'hérédité.

L'insomnie, l'impuissance, les algies, l'asthénie sont parmi les symptômes d'affections distinctes de la mélancolie périodique.

On les retrouve dans la neurasthénie vraie, ou maladie de Beard qui, le premier, a décrit sous ce nom un ensemble de signes déjà connus mais diversement interprétés.

Ils peuvent y être chacun prédominants, mais sont rarement isolés. Ils s'accompagnent toujours d'hypotonies musculaires diverses, d'hypo-fonctionnements glandulaires, de ptoses et d'insuffisances viscérales ; les signes mentaux sont tardifs et secondaires, n'ont pas de racines profondes.

Enfin la neurasthénie a des causes et une évolution caractéristiques. L'hérédité semble n'y jouer aucun rôle ; c'est une maladie accidentelle déterminée par une intoxication, une cause d'affaiblissement de l'organisme : maladie, surmenage physique, combinés ou non à une déception morale. C'est une maladie d'épuisement.

Le début est habituellement trainant, peu à peu la fatigue physique domine, bientôt suivie de la difficulté à travailler intellectuellement.

La guérison est progressive, nettement influencée par le traitement. L'absence de récidence est la règle.

Les états psychasthéniques peuvent revêtir des aspects cliniques voisins, mais la distinction s'en fera par :

— L'existence chez les malades d'une prédisposition lointaine et profonde, héréditaire ou congénitale dont les effets se font sentir dès le jeune âge. La révélation en est donc généralement précoce, son évolution se fait par paroxysmes sur un fond morbide continu, et c'est seulement un examen superficiel et insuffisant qui permettrait la confusion avec des manifestations réellement intermittentes.

Enfin l'insomnie, l'asthénie, l'impuissance, les phénomènes douloureux ne dominent jamais le tableau clinique. Ils sont exceptionnellement isolés et souvent rejetés au deuxième plan par l'intensité des préoccupations obsédantes. Ils revêtent eux-mêmes le caractère de véritables obsessions. Il s'agit d'une véritable psychose obsessionnelle. Chez ces malades on trouve de la surexcitation motrice, et intellectuelle. L'anxiété, la rumination obsédante sont constantes. C'est notamment au cours des insomnies psychasthéniques qu'on relève le mentisme particulier dont nous avons déjà parlé ; les sensations douloureuses sont exacerbées, il y existe une véritable hyperesthésie sensorielle.

Mais il convient d'établir une distinction entre les états obsédants de la psychasthénie et les obsessions véritablement périodiques relevant de la cyclothymie ou de la psychose maniaque-dépressive dont elles constituent des formes atypiques. C'est ce point

de vue qui a inspiré la thèse de BEDEL qui, reprenant les idées d'auteurs tels que GILBERT-BALLET, de SOUKHANOFF, de DENY, a montré que nombre de crises d'obsession étaient des équivalents d'accès mélancoliques. Nous avons déjà insisté sur ce point.

Enfin il nous paraît important de signaler un problème qui peut se poser en présence d'un cas d'asthénie isolée, nous voulons parler des formes mentales de l'insuffisance surrénale étudiées par LAIGNEL-LAVASTINE, JUQUELIER, VIGOUROUX et DELMAS, SERGENT. L'épreuve du traitement adrénalinique et opothérapique en permet facilement la différenciation.

PRONOSTIC

Le pronostic immédiat est favorable, l'accès mélancolique mono-symptomatique guérit toujours spontanément comme l'accès classique dont il constitue parfois un prodrome. Ultérieurement, il faut prévoir les récurrences, soit sous un aspect analogue, soit sous forme d'accès mélancolique typique pouvant nécessiter l'internement.

TRAITEMENT

Nous nous bornerons à donner des indications générales.

La thérapeutique, en effet, sera avant tout palliative et symptomatique. On s'efforcera de soulager les malades pendant la durée de la crise. Il n'existe

pas actuellement de moyens susceptibles d'abrégér avec certitude les accès et à plus forte raison d'en empêcher ou même d'en retarder le retour. C'est l'évolution seule qui amène une évolution favorable par la continuation même et pour ainsi dire par l'expiration de la maladie en cours. Les traitements médicamenteux seront toujours discrets, car leur durée d'application est nécessairement prolongée.

L'insomnie est justiciable d'hypnotiques légers, tels que le véronal, le dial, le chloral, la valériane. L'opium et ses dérivés y trouvent une indication particulière.

Les stimulants, les toniques généraux seront employés dans les cas d'asthénie. On utilisera surtout les préparations arsénicales, les glycérophosphates, l'opothérapie. Il convient d'éviter la strychnine et ses dérivés, la kola qui ont pu déterminer des paroxysmes anxieux.

Les formes algiques et cœnestopathiques sont en général rebelles aux thérapeutiques médicamenteuses ; seuls l'opium et ses dérivés ont pu donner des résultats appréciables.

Il est inutile de recourir aux aphrodisiaques ou à l'opothérapie sexuelle dans les cas d'impuissance.

Les traitements physiothérapiques ont pu amener des sédations ; la balnéation tiède sera la plus employée, surtout dans les formes insomniaques.

Quant à la psychothérapie, elle n'a qu'une action transitoire et à peu près inefficace. Elle ne peut,

comme dans la psychasthénie réduire un défaitisme qui est ici fondamental. Elle devra cependant être toujours tentée. Il ne s'agit pas ici des méthodes progressives non plus que de psychanalyse. La simple affirmation de sa guérison inévitable faite au malade avec une autorité suffisante peut amener une amélioration momentanée.

CONCLUSIONS

I. Des phénomènes pathologiques comme l'insomnie, l'impuissance, les algies, l'asthénie peuvent survenir par accès intermittents et ne s'accompagner d'aucun autre symptôme.

Ils alternent fréquemment avec des accès mélancoliques typiques et on retrouve chez beaucoup de malades une hérédité cyclothymique sous l'aspect, soit de crises mélancoliques à forme complète, soit d'antécédents de suicide au cours d'une crise de mélancolie chez l'un des ascendants.

II. Ces accidents isolés peuvent donc être assimilés à la mélancolie intermittente dont ils constituent des formes monosymptomatiques.

III. Il découle de ceci des conséquences thérapeutiques et pronostiques.

Ce traitement sera surtout palliatif.

Le pronostic est favorable quant à l'accès, mais il faut prévoir une récurrence éventuelle soit sous forme d'accès semblable, soit sous forme d'accès mélancolique typique pouvant nécessiter l'internement.

VU : *Le Doyen,*
ROUSSY.

VU : *Le Président de Thèse,*
HENRI CLAUDE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (X. et P.). — *Les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente* (prix Aubanel 1922. Société Médico-psychologique).
- ANTHEAUME. — Congrès de Genève, 1907.
- BAILLARGER. — *De la folie à double forme* (Annales médico-psychologiques, 1880).
- GILBERT-BALLET. — *La mélancolie intermittente* (Presse médicale, 1902).
- *L'insomnie à crises intermittentes, manifestation de la psychose périodique* (Presse médicale, février 1916).
- BEDÉL. — *Rapports des obsessions avec la psychose périodique* (Thèse, Paris, 1911).
- BENON. — *Accès d'asthénie périodique* (Annales médico-psychologiques, mai 1913).
- *Mélancolie vraie et asthénie périodique* (L'Encéphale, 1922).
- *La neurasthénie vraie* (Paris, 1922).
- BRACHET (J. L.). — *Mémoire sur l'asthénie* (Paris, 1829).
- CHASLIN. — *Eléments de séméiologie et clinique mentales* (Paris, 1912).
- DÉJERINE et GAUCKLER. — *Des psychonévroses* (Paris, 1911).
- DENY et CAMUS. — *La psychose maniaque dépressive* (Paris, Baillières, 1907).
- DUCLOS. — *Contribution à l'étude des intermittences dans la psychose périodique* (Thèse, Paris, 1913).
- DUPRÉ (E.). — *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité* (Paris, 1923).
- HARTENBERG. — *La cyclothymie* (Presse médicale, 1909).

- JUQUELIER. — *In traité de psychiatrie*, collect. Sergent.
KAHN (Pierre). — *La cyclothymie* (Thèse Paris, 1909).
KRAFT EBING. — *Traité clinique de psychiatrie* (Trad. Laurent, Paris 1897).
LOGRE (B. J.). — Congrès de Besançon (1923).
LOGRE (B. J.). — Congrès de Besançon (1923).
— *De quelques variétés en apparence mono-symptomatiques de la psychose intermittente. L'insomnie et l'impuissance périodiques.* (Pratique médicale française, mai 1925).
MASSELON. — *La mélancolie* (1906).
MONTASSUT. — *Formes mineures de la mélancolie primitive* (Archives internationales de neurologie, 1936).
PERRENS. — *Les manifestations sexuelles dans les états dépressifs.*
RAYNIER. — *Les états dépressifs* (Thèse, Paris).
RÉGIS. — *Traité de psychiatrie.*
ROGUES de FURSAC. — *Précis de psychiatrie.*
TASTEVIN. — *L'asthénie post-douloureuse, les dysthénies périodiques* (Annales médico-psychologiques, 1911).
— *L'asthénomanie post-épileptique* (Thèse, Paris, 1911).
VIGOUROUX. — *Folie maniaque dépressive et mélancolie* (La clinique, février 1910).

